

## Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte

Dieser Vertrag wird abgeschlossen zwischen:

Patient/in:

Anschrift:

Krankenkasse:

und

Physiotherapie Thomas Senff-Binder  
Pappelstr,95, 4.OG  
28199 Bremen

für die Verordnung vom 12.01.2024

1. Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse vertraglich vereinbarten Sätzen.
2. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Behandlungsleistungen mit 10% zuzahlungspflichtig. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung/Rechnung ausgewiesen. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10,00 € pro Rezept an. Die Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.
3. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die mit den gesetzlichen Kassen vereinbarte Vergütung oder eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt werden. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß §615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß abgesagt oder eingehalten wird.
4. Zu den Terminen bringen Sie bitte mit: Sport-oder Hausschuhe ,ein großes Handtuch und bequeme Kleidung
5. Zum Zwecke der Abrechnung werden die notwendigen verordnungs- und personenbezogenen Daten an die Abrechnungsstelle AS Abrechnungsstelle für Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe AG Am Wall 96-98 28195 Bremen übermittelt. Sofern Sie die Zuzahlungsrechnung nicht in der Praxis begleichen, wird Ihnen diese unmittelbar nach Abschluss der Behandlung per Post zugestellt.
6. Patientenaufklärung. Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.  
Zusätzlich bin ich vom behandelnden Therapeuten mündlich und in verständlicher Form über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt worden. Ebenfalls hat der Therapeut mich informiert, welche Maßnahmen ich selbst ergreifen kann, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.  
Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ausdrücklich ein.

Unterschrift

Ort

Datum